DOCUMENT: 860-236/006

NATIONAL SYMPOSIUM ON HEALTH PROMOTION AND DISEASE PREVENTION

Where the Rubber Meets the Road
From Health Promotion Rhetoric to Health Promotion Action

Dr. Trevor Hancock
Public Health Consultant

VICTORIA, British Columbia
March 12 - 15, 1989

90-00131/

PLEASE NOTE

This document is made available by the Canadian Intergovernmental Conference Secretariat (CICS) for education and/or information purposes only. Any misuse of its contents is prohibited, nor can it be sold or otherwise used for commercial purposes. Reproduction of its contents for purposes other than education and/or information requires the prior authorization of the CICS.

DR. TREVOR HANCOCK

Public Health Consultant

28 Napier St., Box 428
Kleinburg, Ontario
Canada L0J 1C0
Tel: (416) 893-2808

WHERE THE RUBBER MEETS THE ROAD

From Health Promotion Rhetoric to Health Promotion Action

A presentation to the

National Symposium on Health Promotion & Disease Prevention

Victoria, B.C.

March 14, 1989

TABLE OF CONTENTS

A BRIEF OVERVIEW 3

FROM RHETORIC TO ACTION 5

Understanding & Recognition 5
- a) The limits to sick care 6
- b) Health goals 6

Infrastructure & Capacity 7
- a) Funding 7
- b) Defining roles 8
- c) Knowledge development 9
- d) Education & Training 10
- e) National Centres of Excellence 11

Healthy Public Policy 13
- a) Health inequalities & social inequities 14
- b) Sustainable development & healthy environments 15
- c) Food and agricultural policy and health 16
- d) Structures and processes for healthy public policy. 16

Strengthening Community Action 17
- a) Strengthening the community health sector 18
- b) Strengthening community control 19
- c) Strengthening community support 19
- d) Healthy Communities 20

Developing Personal Skills 22

CONCLUSION 23

REFERENCES 24

My topic this morning is to discuss the action needed for health promoting policies, plans and programs to be put into action. Clearly, this is in the context of the nationwide planning and coordinated initiatives that are the focus of this conference; I will also take the opportunity to address the need to balance the attention now being directed to the treatment of disease.

I speak to you primarily as a practitioner of health promotion for the past ten years, working mainly at local government level. I have been involved with developing public policies, addressing the health implications of environmental issues and fostering community development activities; that work has been brought together in the healthy cities/healthy communities projects that have sprung up all across Europe and North America. I am also speaking as a consultant and academic with both national and international experience in these areas. To counter my necessarily Ontario-based perspective, I have also sought the advice and opinion of colleagues across Canada in preparing my remarks today; many of them are sitting in the audience, and I am grateful for their advice and input.

A BRIEF OVERVIEW

I will assume that most people here today are familiar with the general concepts of health promotion and healthy public policy, so I will only briefly review them.

Health promotion is a very recent phenomenon, although its roots go back to the first public health movement in the 19th century, and more immediately to the 1974 report "A New Perspective on the Health of Canadians" (Health and Welfare Canada, 1974). That report was of great importance because, for the first time in recent history, government acknowledged that health care services were not the major contributer to improving the public's health. For most of the rest of the 1970's, the emphasis was on changing the personal behaviours and individual lifestyles that were felt to contribute to poor health. By the early 1980's, the inherent limitations of this approach were beginning to be more widely recognized and our attention was being directed towards the broader socio-environmental and economic factors which shape personal behaviours (Labonte and Penfold, 1981).

As is now well known, thinking in both Canada and Europe was developing along the same lines, and it was no coincidence that the first international conference on health promotion was held in Ottawa in 1986. That conference saw the release of both "The Ottawa Charter for Health Promotion" (WHO, 1986) and "Achieving Health for All" (Health and Welfare Canada, 1986). Both of them used the same definition of health promotion:

> "The process of enabling people to increase control over, and improve their health." (WHO, 1984)

In the intervening two and a half years, health promotion has moved swiftly to occupy a central place on the health agenda, not only internationally and nationally, but provincially and locally. Health promotion concepts have been prominent in the work of the Select Committee on Health of the Nova Scotia Legislature, the Rochon Commission in Quebec (Commission d'Enquete, 1987), the Evans (Ontario Health Review Panel, 1987), Spasoff (Panel on Health Goals for Ontario, 1987) and Podborski (Minister's Advisory Group, 1987) reports in Ontario and similar activities in Manitoba, Alberta, B.C. and elsewhere.

However, the rapid development of health promotion while an obvious success - an idea whose time has come - has created some problems of its own:

a) The conceptual development of health promotion has occurred within a comparatively small group of people. Health promotion has not yet gained a wide enough recognition or acceptance among health professionals, politicians, the media or the public. (On the other hand, the popularity of the healthy communities project described later as an example of health promotion and healthy public policy at the local level is an indication of the sympathetic chord that these concepts can evoke among people.)

b) Resources for health promotion have not kept pace with the development of the subject.

c) We have few examples of health promotion policies, plans and programs. This is because there has not been enough time to develop and implement them, and more importantly there has not been enough time for us to learn from our mistakes.

d) Health promotion and healthy public policy are long term processes; indeed, healthy public policy "must be viewed as a long term social learning enterprise." (Milio, 1987) They lack the instant gratification and media glamour of by-pass surgery and liver transplants, although their long term impact on the health of the public is likely to be significantly greater than high tech (and high expense) biomedical technologies.

The recent development, narrow base, inadequacy of resources, lack of examples and lack of public and media appeal mean that health promotion will have to be carefully nurtured if it is to flourish, as I believe it must. Thus, I will address these developmental issues first before discussing three health promotion strategies where action is needed: developing healthy

public policies, strengthening community action and developing personal skills.

FROM RHETORIC TO ACTION

While the conceptual development of health promotion and its acceptance within a comparatively limited network has been rapid, there is a real need to move swiftly to support the rhetoric with significant policies and programs; to reinforce the potential breakthrough in society's understanding of and actions about health that health promotion represents.

We need first and foremost a wider understanding and recognition of the implications of health promotion for policies, plans and programs at all levels of government and in all sectors of society; this should involve the establishment of broad health goals that affect the concepts of health promotion.

Second, we need a commitment to put in place the funding and the infrastructure and to build the capacity to undertake health promotion activities, including the commitment to reallocate resources and clearly define roles within the health sector.

Third, we need to develop, implement and analyse healthy public policies at all levels and sectors of government, to analyse the health impacts of existing policies and to research, develop and propose alternative and more health-promoting policies.

The fourth important area for action is to strengthen the community's own capacity and ability to increase control over and improve its health by facilitating community empowerment, while the fifth area for action is to help people to develop the skills that will enable them to take personal and community action to improve their health.

Understanding and Recognition

Health promotion is not a wild or radical idea; it is not even a new idea. The recognition that health resulted from the actions of society as a whole and the many sectors within it in creating the social and environmental possibilities for good health did not originate with the LaLonde Report. One can go back to the 19th century public health movement, to Johann Peter Frank in the 18th century (Frank, 1976) or for that matter to Hippocrates two and a half thousand years ago and recognize that awareness.

However, health promotion does challenge what has been the prevailing assumption for some fifty years or more now, namely that health care services (what we should more properly call sick care services) are the major determinants of health.

a) The Limits to sick care

There is an enormous investment of resources, of people's commitment and people's egos in our present system. But good as our system of sick care services undoubtedly is, it is not enough. Recognizing and accepting that fact will not be easy, but is vitally necessary. It will not be easy because facing that fact means facing the limits to our sick care system and to the ideology that underlies it. Those limits are biological, ethical and financial in nature; biological in that we cannot in the long run conquer death, merely postpone it, and we cannot easily repair the ravages of poverty and poor environments with biomedical interventions; financial in that there will never be enough money to do all the things we could do; and ethical in the sense that even if we could afford to do all the things we were able to, should we, and is that the best way to improve health?

These are not easy questions, and they are not the province of the health professions alone, or of politicians alone. They are questions that we as a society must face, debate and resolve.

Thus, an important part of understanding the implications of health promotion will be accepting the realities of the limits to a biomedical approach. This requires the communication of those limits to the public at large and the involvement of all sectors of society in discussing the issues and deciding upon appropriate solutions. Our leadership, political or otherwise, must commit itself to initiating that public discussion.

b) Health goals

One important way both to initiate that discussion and to recognize the new realities of health promotion must be the establishment of broad policy objectives or health goals. The establishment of health goals is an important symbol of a commitment to a broad approach to health promotion. Health goals have proven to be useful in the United States (U.S. Surgeon General, 1979; 1980), - although somewhat narrowly behaviourally focussed - and in Europe, where the first goal agreed to by all 33 member states of WHO's European region is to reduce inequalities in health among and within member states by 25 percent by the year 2000 (WHO, 1985). Whether or not such a goal is feasible or attainable, it gives a very clear indication of priorities and policy directions.

Health goals have already been proposed in Quebec (Conseil des Affaires Sociales, 1984) in Ontario and, most recently, in British Columbia. Some years ago, the Canadian Public Health Association proposed a process of provincial/regional consultations and conferences leading to the establishment of provincial, regional and ultimately national health goals. Regrettably, that process was not pursued; it remains an important step, both from a symbolic and a pragmatic point of view, the latter because the requisite objectives (which could be developed at a local level, as proposed in the Spasoff Report) will provide a yardstick to measure our progress, a vital contribution to public accountability.

Infrastructure and capacity

An infrastructure cannot be established and capacity cannot be built without resources, both new and reallocated, and a clear definition of roles; only then can we undertake effective knowledge development and training for health promotion. The place to begin is with the need to recognize health promotion in the Canada Health Act and thus to make it eligible for cost-sharing by the federal government.

a) Funding

Public health, and with it much of health promotion, is not included under the Canada Health Act, which would be more accurately described as the "Canada Medical Procedures Insurance Act". This is a curious anomaly,to say the least. It is high time the Government of Canada recognized that public health and health promotion is worthy of cost sharing, and amended the Canada Health Act and the appropriate federal/provincial agreements accordingly; it would be even better if the federal and provincial governments were to sit down and agree upon a real Canada Health Act.

The present funding of health promotion and public health is clearly inadequate; estimates consistently suggest that somewhere around two to three percent of the provincial health budgets are spent on health promotion and public health. Additional funding can come from one of two sources:

- the allocation of new funds; or
- the reallocation of funds within the existing health budget.

There are pros and cons to both approaches. It might be argued that the health budget is already quite large enough, and that additional funds should not be provided to the health sector, particularly when those funds might not be available for other sectors and where they might in fact create greater health benefit (for example, in improving social assistance rates or maintaining safe highways). On the other hand, there is nothing magic about a particular level of spending for health; if society believes health to be a priority, then why not spend ten, eleven, twelve or more percent of GNP on health care?

On the other hand, there are strong arguments for reallocating the existing health budget. One is that health already receives a large enough slice of the pie, and that to continue to find new funds for health merely perpetuates the existing inefficient system. A commitment to shift, for example, 0.5 percent of the health budget annually for five years from the treatment to the health promotion sector would create strong pressures for more efficient use of existing dollars while roughly doubling the size of the health promotion/public health sector over a period sufficient to allow adequate planning and training. This could usefully be accompanied by a commitment to refuse to fund new treatment programs that did not include a health promotion/disease prevention component intended to reduce the need for treatment.

At the same time, we must avoid falling into the trap of seeing health promotion simply as a way of cutting the costs of our sick-care system. While health promotion may save money in the long-term, it should not stop us taking steps to save a great deal of money right now by ensuring that the system is run in the most cost-effective manner. Health promotion should be carried out because it is good for people's health and quality of life, not because it cuts costs.

b) <u>Defining Roles</u>

The allocation or reallocation of funds for health promotion and disease prevention will have to be accompanied by a definition of roles. There is already evidence that the hospital sector is beginning to see a role for itself in health promotion, in part no doubt because of a recognition of the validity of health promotion and in part, no doubt, because it recognizes the potential for a new source of funding. However, I believe there are three strong reasons why hospitals should not as a general rule be in the health promotion business. By their very nature they will tend to:

- institutionalize;
- medicalize; and
- individualize health promotion.

This is to be expected from an organization that is institutionally oriented, based upon a medical model and accustomed to dealing with individuals and their personal health problems. It does however run counter to the community oriented, health based, group/collective philosophy of health promotion.

This is not to argue that hospitals should not be involved in health promotion and disease prevention; however, I would argue that the role of hospitals is first and foremost to be good at diagnosing, treating and caring for illness, and that this is what they should focus upon. Certain preventive measures, primarily of a screening or secondary prevention nature, may well be suitable for hospital programs, but the broader health promotion and primary prevention programs should not be hospital-based.

One can make a similar argument about the role of physicians, who also in my opinion should not primarily be in the business of health promotion. In addition to the tendency to individualize and medicalize which is a result of their training and professional preparation, they are also the most expensive deliverers of health services. A medical degree is not necessary for the vast majority of health promotion and disease prevention measures, which can be equally well carried out by other health professionals, practitioners from non-health fields or community members. Using physicians will generally be a much less cost-effective approach.

In short, health promotion and disease prevention roles must be clearly defined, and should utilize the least expensive and most effective personnel available. Generally these will be found among the public health and non-health sectors, as well as in the voluntary sector.

c) <u>Knowledge Development for Health Promotion</u>

As I indicated earlier, health promotion is a new field, and we lack knowledge in conceptual and theoretical developments, in research, and in experience of application. If a field is to develop, knowledge development is essential. This has been well recognized by Health and Welfare Canada, which "takes the view that the development of knowledge concerning the (health promotion) framework's ideas should be accorded high priority, in order to give shape and focus to health promotion, and to facilitate the

use of the framework." (Rootman, 1988)

Knowledge development is understood by Rootman to have two components:

- knowledge dissemination or the sharing of existing knowledge and
- research, or adding to the existing knowledge base.

Knowledge dissemination includes the publishing of reports, the sponsoring of seminars and workshops, the building of networks, the modifying of curriculum and the organizing of ad hoc training. Research includes literature reviews, community action studies, data collection and analysis, research projects, and the development of innovative methods and qualitative approaches to research. It is clearly understood that knowledge development for health promotion must be multidisciplinary in nature.

The results of a working group on health promotion research established by Health and Welfare Canada of which I was a member, and of a workshop on health promotion knowledge development in Toronto (one of a series organized by Health and Welfare Canada across the country) indicate common concerns with knowledge development that are consistent with Rootman's views. The results of the workgroup and the workshop can be summarized as follows:

i) There is a need to legitimize and support new research approaches that are multidisciplinary, involve community action, develop new methodologies and new indicators and that include qualitative, community-based and action research approaches.

ii) Expand the network of researchers to include those in areas that are not conventionally considered to be health (such as environmental policy, urban planning, social welfare policy, community development, etc.) and strengthen the links between researchers and the community, including practitioners in the community trying to apply health promotion and the results of health promotion research; this means a greater emphasis on action research methods.

iii) Strengthen and develop the infrastructure for health promotion research, including such mechanisms as:

   - establish an autonomous research funding foundation for health promotion;

- NHRDP should establish a strategic grants program (analogous to the SSHRC program for gerontology) that includes career development awards, fellowships, standards of excellence, etc.;
- establish regional health promotion centres and a network of centres of excellence;
- ensure that the criteria for soliciting and judging health promotion research is appropriate to health promotion.

From this plethora of ideas, I would like to particularly emphasize the need for research funds dedicated specifically to health promotion and/or a strategic grants program; without specific, dedicated, long-term funding, health promotion research will languish.

d) Education and Training for Health Promotion

As a new area of activity, health promotion requires new skills for its practitioners. In particular, these new skills include the ability to work in multidisciplinary teams and to understand and address health problems holistically or in a socio-ecological manner and the need for community development skills. Training programs need to be established at the undergraduate and graduate levels appropriate to these new skill demands. In addition, undergraduate programs that train existing community health professions and related community practitioners may need to expand to meet the growing demands for such people that will result from increased funding for health promotion. The knowledge development strategy will require programs to train people at the graduate level, again in a broad set of disciplines and fields relevant to the multidisciplinary nature of health promotion.

It will be equally, if not more important, to ensure that existing health practitioners, particularly in the public health field, are adequately trained in the new skills and knowledge of health promotion. This will require support for staff in making the transition from a more traditional style of public health practice to the new, more community development style of health promotion; such support should include summer schools, certificate and diploma programs as well as workshops and seminars.

Finally, education and training in health promotion must not be limited to health and other professions and practitioners. Programs of community education and training will be required to enable people to develop the skills necessary to participate actively in personal and community action for health promotion; some of the most effective

health promotion is likely to come from the mutual aid and self-help activities of the community and voluntary sector, and they must be fully supported in their development through community education and training programs. Such groups as the Canadian Association for Adult Education, the YM/WCA and many other organizations should be involved as key partners in community education and training for health promotion.

e) National Centre(s) of Excellence

The research, education and training agendas that are fundamental to health promotion would probably be best served by the establishment of one or more "national centres of excellence". Whether or not these "centres of excellence" should be established as schools of public health is a matter of great debate at present. According to Terris (1982);

> "The term "school of public health" clearly excludes departments of preventive, social or community medicine which are part of, and subordinate to, medical schools. A school of public health is by definition an independent graduate school...schools of public health educate individuals to become members of the public health profession, a group which is quite distinct from the medical, nursing and health practitioners educated in their own professional schools."

This view has recently been strongly supported by Professor John Last, an eminent professor of public health at the University of Ottawa and scientific editor of the Canadian Journal of Public Health. In his view:

> "In so far as centres of all round excellence in public health can be identified in the world, we have none at all in Canada."

He concurs with Terris that:

> "Public health is too important to be entrusted to Deans of medical schools. No matter how sincerely Deans may promise to preserve and strengthen basic and applied science departments...experience has repeatedly shown that when budgets are tight, these aspects of medical school activity are extremely vulnerable." (Last, 1988a)

In a subsequent editorial, Last further commented that:

> "The innovative approaches of the modern health promotion movement, especially the multisectoral involvement of disciplines that traditionally have had no contact whatsoever with medicine, require a completely new kind of academic base from which to conduct research as well as to educate the battalions of recruits necessary to engage effectively in health promotion."

Professor Last proposes that we need at least one national centre of excellence or school of public health, which should be established independently of a medical faculty. He also commends:

> "a uniquely Canadian concept of a "centre of excellence" that would in actuality be a network, preferably nationwide, embracing experts in pertinent fields in any post secondary educational institution in the country." (Last, 1988b)

While it would be premature to define precisely what a national centre of excellence in health promotion should look like, the need for such a centre is clear, and the commitment to establishing such a centre (or network of centres) is an urgent priority.

Healthy Public Policy

The concept of healthy public policy, as already indicated, is fundamental to health promotion and underpins the other health promotion strategies. It features prominently in the Ottawa Charter for Health Promotion, in Health and Welfare Canada's Health Promotion Framework and in the Health Goals proposed by the Spasoff Committee; it first received extensive public discussion at the 1984 "Beyond Health Care" conference in Toronto, which was co-sponsored by the City of Toronto Board of Health, the Canadian Public Health Association and Health and Welfare Canada (Beyond Health Care, 1985). Since then, in the guise of "intersectoral action for health" it has been the subject of technical discussions at the World Health Assembly in 1987, a symposium at Yale University, an extensive literature review funded by the Health Promotion Directorate and NHRDP and carried out by faculty and students at the Division of Community Health, University of Toronto and, most importantly, it was the subject of the Second International Conference on Health Promotion in Adelaide in April 1988, where it was defined as:

> "Characterized by an explicit concern for health and equity in all areas of policy and an accountability for health impact. The main aim of healthy public policy is to create a supportive environment to enable people to lead healthy lives." (WHO, 1988)

The principle behind healthy public policy is a simple one: many of the major determinants of health and disease lie outside (or beyond) the jurisdiction of the health sector. While it is important to avoid the danger of "healthism" (viewing health as "the ultimate goal incorporating all life" which "could lead to others prescribing what individuals should do for themselves and how they should behave..." (WHO, 1984) and while the danger exists of other sectors viewing health's encroachment into their affairs as empire building, it is nonetheless important to put health on other people's agendas, and to ensure that "as much attention should be paid to health as to economic considerations" (WHO, 1988) in making decisions.

A few examples will make the point.

a) <u>Health inequalities and social inequities</u>

The relationship between poverty and ill health is clear and well documented (Wilkins & Adams, 1983; Shah, Kahan and Krauser, 1987); indeed, reducing inequities in health was identified as the first challenge in Health and Welfare's Health Promotion Framework and in the Spasoff Health Goals report as well as being a central focus of discussion at the Adelaide Conference on Healthy Public Policy. That conference declaration also made it clear that "inequalities in health are rooted in inequities in society. Closing the health gap between the socially and educationally disadvantaged and the more advantaged in society necessitates a policy that improves access to health enhancing goods and services, and creates supportive environments."

This means that we have to address hunger, homelessness, unemployment, poverty and illiteracy if we are to improve the health of those whose health is worst; this particularly applies to the poor health of native Canadians.

This salient fact has been recognized by the recent report of the Social Assistance Review Committee (SARC) in Ontario. It noted that:

> "Many of the recommendations in this report are intended to improve the general financial position of social assistance recipients and the working poor. Their adoption may be the most important health measure that Ontario could introduce." (Emphasis added) (Social Assistance Review Committee, 1988)

To the extent that increased funding of the sick-care system reduces the possibility of finding funds to implement the SARC recommendations, the current campaign by the OMA to increase hospital funding may prove to be profoundly harmful to health!

b) Sustainable development & healthy environments

The ultimate determinant of our health and wellbeing is the state of our local, regional and ultimately global ecosystem. The health consequences of environmental degradation are profound; it was for this reason that, for the first time, WHO recognized in the Ottawa Charter that ecological stability and resource sustainability are prerequisites for good health. The importance of creating environments supportive of health is thus an important component of health promotion, both at the global level and at the local level. But the responsibility for creating healthy physical environments does not lie with the Ministry of Health; it lies with Ministries of Environment, with local governments, with urban planners, with industry and many others. These other sectors are not uninterested in health, but if they are to have health on their agenda and take health into account in their decision-making, the health sector must put it on their agenda; they will not do so without some prodding.

At present, there is an important "window of opportunity" to bring health, environment and sustainability questions together. The public has never been more aware of environmental problems and their health consequences, while for their part, many environmentalists and government staff have recognized that health is the way to "sell" environmental concerns. The creation of Roundtables in Environment and Economy, called for by the First Ministers in response to the report of the National Task Force on Environment and Economy (1987) provides an interesting parallel to the interest in health promotion now being shown by the First Ministers. Links between the two concepts may prove fruitful at the national and provincial levels, while at the local level, the "Healthy Communities" concept also provides an important opportunity to create links between health and environmental policy.

c) Food and agricultural policy

One of the areas of public policy that has attracted a great deal of attention from the health sector in recent years has been food and nutrition policy; a high proportion of preventable death and disease is believed to be diet-related, including heart disease, cancer, diabetes, obesity, dental caries and bowel disorders. But our diet is the product of our agricultural and food industries and their related ministries. For this reason, a number of countries and states have sought to develop comprehensive food and nutrition policies (Milio, 198 ; Powles, 1987) and these efforts have even extended to the level of local government and communities (Haughton, 1987).

d) Structures and processes for healthy public policy

Healthy public policy will not just happen on its own. In addition to the political commitment and the capacity building identified by Milio (1987) it requires the establishment of high level multisectoral structures such as the Premier's Council on Health Strategy in Ontario. Similar structures also need to be established at the local level, and these are an integral part of any healthy city/healthy community project.

The report of the group of Canadians who attended the Adelaide Conference on Healthy Public Policy identified five key strategies for developing healthy public policy. These are:

- We need to search and research the field to know what is going on already and what we already know about healthy public policy; there is already a great deal of knowledge about the policy process and about the health implications of public policies. The knowledge base needs to be expanded, however.

- We need to spread the word, which means first of all understanding what people already know, understand and care about, particularly those who will have to develop and implement healthy public policy; they have to be ready to do so.

- We need to find our allies beyond the conventional health field, at the community level, among other professions and within government.

- We need to establish formal and informal governmental and non-governmental processes of dialogue and consultation such as the concept of Roundtables on Environment and Economy.

- We need "proof of concept" projects at local, provincial and federal level in areas such as social assistance and health, sustainable development and health, healthy communities, education and literacy for health, food and nutrition, etc.

The challenge, I submit, is no longer to define and debate the merits of healthy public policy; the challenge is to identify the health impacts of current and possible alternative policies and to develop, implement and evaluate healthy public policies at all levels of government.

Strengthening Community Action

If health promotion is taken seriously as "the process of enabling people to increase control over and improve their health", then this must be seen as both a personal and a collective process; there are limits to what individuals acting alone can achieve, but people acting in groups may achieve much more control over their health and the conditions which determine their health. For this reason, the rhetoric of community action has to be taken seriously. Becoming empowered, having more control over health and its determinants, is good for health. But we must recognize that we cannot empower people; we can facilitate their empowerment, and that may mean getting out of their way while providing the resources that enable them to make their own decisions and, if necessary, their own mistakes.

Strengthening community action is seen as important not only in the Ottawa Charter but in the federal Framework for Health Promotion, where it masquerades as mutual support and public participation and perhaps also as strengthening community health services. However, as a recent national consultation process funded by Health and Welfare Canada and organized by the Canadian Public Health Association and its provincial branches discovered, strengthening community health means strengthening community (CPHA, 1987); a point that was also stressed by the report of the Podborski Committee in Ontario. This latter report found that the community was ready, willing and able to undertake health promotion activities; indeed, the community was more prepared than the government, and was looking for government recognition and support to get going.

For me, strengthening community action for health has three distinct meanings: strengthening the community health sector and community control over its health system; strengthening community control over other health determinants and strengthening mutual aid, self-help and other informal community support systems.

a) Strengthening the community health sector

Strengthening the community health sector will require shifting resources from the institutional to the community sector. This is distinct from the earlier proposal to increase funding of health promotion and disease prevention by shifting funding from the care sector; here we are concerned not only with strengthening health promotion and disease prevention services in the community but with shifting resources for diagnosis, treatment and care from the institution into the community, a recommendation that has been a centrepiece of virtually every report on the health system for several decades and that has largely been ignored.

Strengthening community control over the health sector has also been a consistent recommendation, most recently in the CPHA report on strengthening community health, which found that "the strongest consensus emerging from the consultation workshops focussed on the issue of ownership and control of community health services." If communities are to gain a better understanding of their health problems and how to deal with them, they must have the power and authority to address community health problems at the community level. This requires a commitment to decentralizing the management and control of the health care system.

Clearly, this cannot happen over night, nor can we expect to move towards the degree of decentralization to be found in the Nordic countries, desirable though that might be, because our social and political traditions are so different. (For one thing, local county councils have taxing power, which is unlikely here.) However, it is sobering to look at a country like Finland, with its 4 million population, and to learn that the Health Directorate of the Ministry of Social Affairs consists of only 15 staff while the National Board of Health, responsible for national health planning and for regulation of the health professions, has only 200 staff; everything else is decentralized! It is time for at least one government to make a clear commitment to a phased long-term process of decentralizing management and control of its health care system, giving funding authority to locally accountable bodies operating within central government parameters and frameworks. As a start, several alternative systems should

be set up and allowed to operate so that we can learn from them. And who knows, maybe central governments might actually find it is pleasurable to let go, and local communities might find it is empowering to take charge!

b) Strengthening community control

While taking control over the local health care system is an important process of empowerment for communities, it is not by itself a sufficient process. Community action needs to be strengthened not only in terms of local control over its health care system but in terms of local control more generally; if it makes sense to decentralize management and control of the health care system, we should also be looking at other areas of public activity where it may make sense to decentralize management and control functions. This is what is meant by public participation; not merely the ability to turn up and vote once in a while, but to be actively involved in managing one's local circumstances.

In short, what this calls for is a process of empowerment of individuals and communities, the fostering of public participation and an enhancement of citizenship skills. For those on the political left, this amounts to "power to the people"; to those on the right it is "self reliance", or "getting government off the backs of the people". In either event, all are surely agreed that enhancing democratic participation and citizenship skills is beneficial; if it is also good for health, who could possibly object?

c) Strengthening community support

While strengthening community control has obvious political implications in that is argues in favour of a decentralization of democracy and speaks to the community's formal organization and structure, strengthening community support speaks to the informal aspect of community; the plethora of community organizations and groups concerned in one way or another with mutual aid, self-help and social support activities, sometimes organized specifically around health issues, but often around a whole host of social, environmental and other issues. Alison Watt and Sue Rodmell have referred to the health component of this as the "community health movement" and have described three elements: self-help groups that address specific health problems; community health groups that address social, environmental and other issues that affect health and well-being at the local level; and comunity development health projects, in which paid community health workers operate at the neighbourhood level to assist residents "to identify their health needs and interests and to organize themselves collectively to attempt to get these needs met." (Watt &

Rodmell, 1988) These projects are often concerned with assisting low-income neighbourhoods address issues of "basic health", (food, shelter, work, education, income, a clean and safe environment) and may include community economic development projects, self-help groups and mutual aid and support strategies.

The key strategy for those in government to accept is that the people who best understand the issues and problems are those who are experiencing them. Given the resources and appropriate facilitative help, they are also the best equipped to deal with the problem. We should recall the words of John McKnight (1985), an experienced and thoughtful community worker from Chicago:

"...it is impossible to produce health among the powerless. It is possible to allow health by transferring tools, authority, budgets and income to those with the malady of powerlessness."

d) Healthy communities

One important health promotion action project which attempts to bring together all of these ideas is the healthy communities or healthy cities project. An idea that began in Toronto and was picked up and turned into a major European WHO project by Ilona Kickbusch, (Hancock, 1987) this project now has a national office at the Canadian Institute of Planners; it is co-sponsored by the Canadian Public Health Association and the Federal of Canadian Municipalities with funding from Health and Welfare Canada. Communities "from sea to shining sea" - literally from Dartmouth to right here in Victoria - are involved in this project; communities as small as the 3,000 people of Montmagny in Quebec or as large as the 600,000 people of the City of Toronto.

The project is founded upon the premise that health promotion requires local action and that the smallest unit of government, local government, not only has many of the resources and skills to make a more healthy community but is closer to and more attuned to the needs of its local citizens. For this reason and also because local government is smaller and the policy milieu is more intimate, healthy public policy may be easier to develop and implement at the local level.

What the project does, in essence, is to challenge every local government in Canada to look at how it can become a more healthy community. This entails multisectoral collaboration not only within local government but between

government, the private and voluntary sector and community organizations; it means taking health into account in making public policy decisions at the local level; it means addressing the physical and social environments of the community so as to ensure they support health; of course, it means strengthening the community's participation and involvement in actions that affect health; it means developing personal skills for health through boards of education and other instruments of local government; and finally, to the extent that local governments in Canada are involved in the health system, it means reorienting that health system.

The healthy cities/communities project is only three years old in Europe and less than a year old in Canada, so it is a little premature to identify specific results. However, the project has been greeted with great enthusiasm in literally hundreds of cities, towns and villages throughout Europe, North America and Australia, and has put health on the agenda of local governments in a way that it has not been since the 19th century. People everywhere are finding the project attractive, exciting and involving. For example, in Rouyn-Noranda, a community of 30,000 people in Quebec and the first community in Canada to declare itself a healthy community, five thousand school children and nearly 1,000 adults have been involved in discussions on how to make their town more healthy, and are now becoming involved in projects designed to do just that. For example, among the six priorities identified by the community are the development of environmental clean-up projects by children, the creation of neighbourhood action committees and the development of recreational programs for adolescents.

In Toronto, City Council recently unanimously approved a major report - Healthy Toronto 2000 - which identifies a set of health goals for the city which include reducing inequities in health opportunities, creating physical and social environments supportive of health, and advocating for a community-based health services system (Board of Health, 1988); a multi-departmental workgroup is now working to develop a city-wide process focussing on the twin themes of social equity and urban ecosystem management.

In Edmonton, the Board of Health was also quick off the mark; community consultation and a report on health helped to identify priority areas for action including heart health and other programs. Meanwhile, here in Victoria, so I am informed, both the regional and some of the local municipalities are working on "Healthy 2000" strategies, a public symposium is planned and regional Departments are beginning to define health outcomes for their programs.

In addition to the national project, a healthy communities project - Villes et Villages en Sante - has been established in Quebec and already involves fifteen communities, while in Ontario a coalition of six provincial associations including planners, landscape architects, conservationists, municipalities and public health is preparing a healthy communities project. Since the healthy communities project has clearly struck a very responsive chord among communities across Canada, it presents an opportunity for provincial governments to indicate their commitment to health promotion and the strengthening of community action by promoting and funding both provincial and local healthy community projects.

(The national and Ontario projects illustrate another important principle of health promotion and healthy public policy, namely the identification and recruitment of new partners, in this case planners, local governments, environmentalists and landscape architects.)

Developing Personal Skills

This area has received a great deal of attention in the past ten or fifteen years, but chiefly in the form of increasing knowledge, changing attitudes and behaviours with respect to preventive and risk behaviours. While those skills are not unimportant, and should continue to receive attention, it should be clear by now that the skills required for health promotion, both by practitioners and by the public, are very different from traditional behavioural change skills.

Health professionals, both those already in the field and those being trained, need skills in community development, in coalition building, in networking, in advocacy, in mutual support group facilitation, in the facilitation of empowerment and in the use of the media.

The public needs first of all a set of basic subsistence skills fundamental to health, which can be loosely grouped under the heading of literacy and daily living skills; these have to be acquired in school, or if necessary in remedial programs or programs for new immigrants. Those who lack literacy and basic daily living skills will have trouble finding and keeping a job, making healthy choices and avoiding health hazards. Their sense of self-esteem is likely to be low and, in short, their health will be at risk.

Beyond basic skills for health, people need skills in working together in groups, in mutual support processes, in community action, in participation in the democratic process and in the life and politics of their communities. These skills are

fundamental to health, since they are fundamental to the process of enabling people to increase control over and improve their health.

Clearly, developing these sorts of skills is not the mandate or responsibility of Ministries of Health, but of Ministries of Education, of Citizenship, of Culture, of municipal Boards of Health, Boards of Education, Departments of Recreation, voluntary agencies and so on. They too are partners for health.

CONCLUSION

To return to my earlier remarks, what health promotion needs most of all if the rhetoric is to be turned into action is the understanding, acceptance and commitment of the political and bureaucratic health leadership sitting in this hall today. This conference is indeed evidence of interest at the highest levels; but interest is not enough. Health promotion will lose credibility, and indeed Ministries of Health and the health community will lose credibility if the rhetoric is not followed soon by action. That action requires finding new partners for health and putting health on other people's agendas, because the health sector alone cannot achieve health for all. It also requires the establishment of an infrastructure and the building of a capacity for health promotion; the development of structures and processes for, and the testing and implementation of healthy public policies; the strengthening of community action and the encouragement of the attainment of personal skills for health so that people can truly increase control over and improve their health. Only thus will we achieve health for all.

REFERENCES

Beyond Health Care (1985) Proceedings of a Working Conference on Healthy Public Policy. Can. J. Public Health 76 (Supp 1) 1-104.

Board of Health (1988) Healthy Toronto 2000, Toronto, Board of Health for the City of Toronto.

CPHA (1987) Strengthening Community Health Means Strengthening Community. Ottawa, Canadian Public Health Association.

Commission d'Enquete sur les Services de Sante et les Services Sociaux (Rochon Commission) (1987) Summary of the Report. Quebec, Governement du Quebec.

Conseil des Affaire Sociales et de la Famille (1984) Objectif Sante. Quebec, CASF (Published in English as Objective: A Health Concept in Quebec. Ottawa, Canadian Hospital Association, 1986).

Frank, Johann Peter (1976) A Complete System of Medical Policy (Ed. & transl. Lesky, originally published 1786 - 1810) Baltimore, Johns Hopkins University Press.

Hancock, Trevor (1987) Healthy Cities: The Canadian Project. Health Promotion 26(2) 2-4, 27.

Haughton, Betsy (1987) Developing Local Food Policies: One City's Experience. J. Public Health Policy 8(2) 180-191.

Health and Welfare Canada (1974) A New Perspective on the Health of Canadians (Lalonde Report). Ottawa, Health and Welfare Canada.

Health and Welfare Canada (1986) Achieving Health For All. Ottawa, Health and Welfare Canada.

Labonte, Ron and Penfold, Susan (1981) Canadian Perspectives in Health Promotion: A Critique Health Promotion, (20) 4-9.

Last, John (1988a) The Future Need for Schools of Public Health in Canada. Can. J. Public Health 79(4) 219-220.

Last, John (1988b) The Future of Higher Education for Public Health - 2. Can. J. Public Health 79(6) 411-2.

McKnight, John (1985) Health and Empowerment. Can. J. Public Health 76(Suppl 1) 37-8.

Milio, Nancy (1987) Healthy Public Policy: Issues and Scenario in Proceedings: Yale Symposium on Healthy Public Policy. New Haven CT. Yale University (Mimeo).

Ministers Advisory Group on Health Promotion (1987) Community Health Matters in Ontario (Podborski Report) Toronto, Ministry of Health.

National Task Force on Environment and Economy (1987) Report. Ottawa, Canadian Council of Resource and Environment Ministers.

Ontario Health Review Panel (1987) Toward a Shared Direction for Health in Ontario. (Evans Report) Toronto, Government of Ontario.

Panel on Health Goals for Ontario (1987) Health For All Ontario (Spasoff Report) Toronto, Ministry of Health.

Powles, John (1987) Victoria's Food and Nutrition Policy Health Promotion 2(3), 234-242

Rootman, Irving (1988) Knowledge Development: A Challenge for Health Promotion. Health Promotion 27(2) 2-4.

Shah, Chan; Kahan, M and Krauser, John (1987) The Health of Children of Low-Income Families. Can. Med. Assoc. J. 137, 485-90.

Social Assistance Review Committee (1988) Transitions. (Summary). Toronto, Ontario Ministry of Community & Social Services.

Terris, Milton (1982) The World Need for Schools of Public Health J. Public Health Policy 3(2) 111-116.

U.S. Surgeon General (1979) Healthy People Washington, D.C. Department of Health, Education & Welfare.

U.S. Surgeon General (1980) Objectives for the Nation Washington, D.C., Department of Health and Human Services.

Watt, Alison & Rodnell, Sue (1988) Community Involvement in Health Promotion: Progress or Panacea? Health Promotion 2(4) 359-368.

Wilkin, Russ & Adams, Owen (1983) The Healthfulness of Life. Ottawa, Institute for Research on Public Policy.

WHO (1984) Health Promotion: A Discussion Document on the Concepts & Principles. Copenhagen, WHO Europe.

WHO (1985) Targets for Health For All. Copenhagen, WHO Europe.

WHO (1986) The Ottawa Charter for Health Promotion. Copenhagen, WHO Europe.

WHO (1988) Healthy Public Policy: The Adelaide Recommendations. Copenhagen, WHO Europe.

DOCUMENT: 860-236/006

TRADUCTION DU SECRÉTARIAT

COLLOQUE NATIONAL SUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ
ET LA PRÉVENTION DES MALADIES

La promotion de la santé:
De la rhétorique à la pratique

Dr. Trevor Hancock

VICTORIA (Colombie-Britannique)
du 12 au 15 mars 1989

Dr TREVOR HANCOCK

Expert-conseil en matière de santé publique

28, rue Napier, B.P. 428
Kleinburg (Ontario)
Canada LOJ 1C0
Tél. : (416) 893-2808

LA PROMOTION DE LA SANTÉ :

De la rhétorique à la pratique

Colloque national sur la promotion de la santé

et la prévention des maladies

Victoria (C.-B.)

Le 14 mars 1989

TABLE DES MATIÈRES

APERÇU

DE LA RHÉTORIQUE À LA PRATIQUE

Compréhension et reconnaissance
- a) Les limites des services de traitement des maladies
- b) Les objectifs en matière de santé

Infrastructure et capacité
- a) Financement
- b) Définition des rôles
- c) Acquisition de connaissances en vue de la promotion de la santé
- d) Éducation et formation en vue de la promotion de la santé
- e) Centres nationaux de haut savoir

Politique axée sur la santé de la population
- a) Les inégalités en matière de santé et les injustices sociales
- b) Développement économique durable et environnements sains
- c) Politique agricole et alimentaire
- d) Structures et processus en vue d'une politique axée sur la santé de la population

Renforcer l'action communautaire
- a) Renforcer le secteur des services de santé communautaire
- b) Accroître la haute main des communautés sur la santé
- c) Renforcer l'appui communautaire
- d) Pour des communautés en bonne santé

Acquisition d'aptitudes personnelles

CONCLUSION

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Je me propose ce matin d'exposer les mesures qui doivent être prises afin que des orientations, des plans et des programmes qui visent la promotion de la santé soient mis en vigueur. Mon exposé s'inscrit donc dans le contexte des initiatives coordonnées prises à l'échelle nationale en matière de planification et qui sont le point de mire du présent colloque. Je traiterai également de la nécessité de voir à ce que l'intérêt que nous portons actuellement au traitement des maladies atteigne un juste équilibre.

Je m'adresse essentiellement à vous en tant que médecin oeuvrant dans le domaine de la promotion de la santé depuis les dix dernières années, principalement au sein des gouvernements municipaux. Dans le cadre des projets de villes et de communautés en santé qui sont apparus partout en Europe et en Amérique du Nord, j'ai contribué à l'élaboration d'orientations en matière de santé, à l'étude des répercussions sur la santé des questions environnementales ainsi qu'à la promotion d'activités de développement des localités. Je m'adresse également à vous en tant qu'expert-conseil et universitaire qui possède une expérience nationale et internationale de ces questions. Afin de contrebalancer ma perspective nécessairement ontarienne de la question, j'ai recueilli les conseils et les points de vue de collègues, actuellement dans l'assistance, répartis partout au Canada au cours de la préparation de mon exposé. Je les en remercie.

APERÇU

Je tiendrai pour acquis que la plupart des personnes de l'assistance connaissent bien les concepts généraux de la promotion de la santé et de la politique relative à la santé. Je passerai donc brièvement en revue ces questions.

La promotion de la santé constitue un phénomène social très récent, bien que son origine remonte au premier mouvement en faveur de la santé publique au cours du XIX^{e} siècle, et plus récemment au rapport intitulé Nouvelle perspective de la santé des Canadiens rendu public par Santé et Bien-être social Canada en 1974. Dans ce rapport d'une importance capitale, le gouvernement reconnaissait pour la première fois que les services de santé n'étaient pas les principaux instruments qui permettaient d'améliorer la santé du public. Pendant la majeure partie du reste de la décennie, le but était de modifier les comportements et les modes de vie personnels qui, croyait-on, ne contribuaient pas à une bonne santé. Au début des années 80, de plus en plus de gens ont commencé à se rendre compte que cette méthode présentait des limites inhérentes et c'est pour cette raison que nous nous sommes tournés vers les facteurs économiques et sociaux-environnementaux plus généraux qui régissent les comportements personnels (Labonté et Penfold, 1981).

Comme il est maintenant bien connu, ce type de raisonnement était adopté au Canada et en Europe, et la tenue de la première conférence internationale sur la promotion de la santé à Ottawa, en 1986, n'était pas une coïncidence. Au cours de cette conférence, la Charte d'Ottawa pour la promotion de la Santé (OMS, 1986) a été adoptée et le rapport intitulé La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé a été rendu public (Santé et Bien-être social Canada, 1986). Les deux documents ont une définition identique de la promotion de la santé :

> Le processus permettant aux gens de mieux régir et d'améliorer leur santé. (OMS, 1984)

Depuis, la promotion de la santé a rapidement occupé une place importante, non seulement à l'échelle internationale et nationale, mais encore à l'échelle provinciale et régionale. Les travaux du comité spécial de la santé du parlement de la Nouvelle-Écosse, de la Commission d'enquête Rochon au Québec (1987), les rapports Evans (Groupe d'étude sur le système de santé de l'Ontario, 1987), Spasoff (Groupe d'étude de l'Ontario sur les objectifs de santé, 1987) et Podborski (Groupe consultatif ministériel, 1987) ainsi que d'autres commissions ou rapports de provinces canadiennes ont accordé une place importante au concept de la promotion de la santé.

Toutefois, malgré l'essor rapide et fructueux de la promotion de la santé, concept dont l'heure était venue, certains problèmes ont surgi :

a) Les concepts de la promotion de la santé ont été élaborés par un petit nombre de personnes. La promotion de la santé n'a pas encore obtenu ses lettres de noblesse auprès des professionnels de la santé, des hommes politiques, des médias ou du public. (Par contre, la popularité du projet de communautés en santé décrit ultérieurement en tant qu'exemple de promotion de la santé et d'orientation visant à favoriser un public en santé au niveau régional témoigne de l'intérêt manifesté par le public.)

b) Les ressources consacrées à la promotion de la santé n'ont pas suivi l'essor du concept.

c) On ne possède que quelques exemples d'orientations, de plans et de programmes dans ce domaine, car on n'a pas joui de suffisamment de temps pour les élaborer et les mettre en vigueur et, surtout, parce que nous n'avons pas eu le temps de tirer la leçon de nos erreurs.

d) La promotion de la santé et l'orientation en matière de santé du public sont des processus qui s'échellonnent sur une longue période. En effet, la politique axée sur la santé de la population doit être considérée comme un mécanisme d'apprentissage social à long terme (Milio, 1987). Ces processus ne procurent ni la satisfaction personnelle instantanée ni la faveur des médias qu'ont les pontages et les greffes de rein, bien qu'il soit probable que leur incidence à long terme sur la santé du public soit considérablement supérieure à celle des technologies de pointe (et onéreuses) et biomédicales.

Cela signifie que la promotion de la santé devra être soigneusement cultivée si nous voulons qu'elle fleurisse, comme j'estime qu'elle le doit. Ainsi, je traiterai d'abord des questions qui se rattachent à l'essor de la promotion de la santé avant d'exposer trois stratégies dans lesquelles des mesures doivent être prises : l'élaboration d'orientations qui visent à promouvoir la santé au sein du public, le renforcement des mesures prises au sein des localités et l'acquisition d'aptitudes personnelles.

DE LA RHÉTORIQUE À LA PRATIQUE

Alors que l'élaboration conceptuelle de la promotion de la santé et que son acceptation au sein d'un réseau relativement limité a été rapide, il est réellement nécessaire d'appuyer rapidement la rhétorique par des politiques et des programmes significatifs et de renforcer l'éventuelle percée de la promotion de la santé dans la compréhension générale de la société en ce qui concerne la santé.

Tout d'abord, il faut que la population en général et les fonctionnaires de tous les ordres de gouvernement reconnaissent les répercussions de la promotion de la santé sur les orientations, les plans et les programmes et en possèdent une connaissance plus approfondie. Il convient d'élaborer de vastes objectifs en matière de santé qui auront une incidence sur les concepts de la promotion de la santé. En outre, nous devons nous engager à recueillir les fonds, à créer l'infrastructure et la capacité de réaliser des activités dans le domaine de la promotion de la santé, et nous devons être prêts à réaffecter des ressources et à définir clairement les rôles au sein du secteur de la santé.

Par surcroît, nous devons élaborer, mettre en vigueur et analyser des orientations favorisant l'existence d'un public sain à tous les ordres de gouvernement, nous devons examiner les répercussions des orientations actuelles sur la santé, et nous

devons élaborer et proposer des orientations de rechange bien étayées et qui mettent encore plus l'accent sur la promotion de la santé.

Enfin, nous devons renforcer l'aptitude de la communauté à jouer un rôle plus important dans le domaine de la santé en leur en donnant la possibilité et, enfin, il convient d'aider les gens à acquérir les aptitudes qui leur permettront des prendre des mesures personnelles ou sociales afin d'améliorer leur santé.

Compréhension et reconnaissance

La promotion de la santé n'est pas une idée saugrenue ou radicale. Il ne s'agit encore moins d'une idée récente. Les auteurs du rapport Lalonde n'ont rien inventé lorsqu'ils ont reconnu que la santé résulte des mesures prises par la société dans son ensemble ainsi que par les nombreux secteurs qui la composent et qui visent à favoriser les facteurs sociaux et environnementaux dont dépend une bonne santé. On peut remonter au mouvement pour la santé du XIX^{e} siècle, à Johann Peter Frank au XVIII^{e} siècle (Frank, 1976) ou même à Hippocrate il y a deux mille cinq cent ans.

Toutefois, la promotion de la santé remet vraiment en question l'hypothèse adoptée depuis quelque cinquante ans ou plus et selon laquelle les services de santé (que nous devrions plutôt correctement appeler les services de traitement des maladies) sont le principal facteur déterminant de la santé.

a) Les limites des services de traitement des maladies

Notre système actuel est un gouffre de ressources financières et humaines et d'énergie personnelle. Mais aussi bon soit-il, cela ne suffit pas. Il ne sera pas facile d'accepter ce fait, mais il le faut car c'est vital. Ce ne sera pas aisé car accepter ce fait, c'est reconnaître les limites, de nature biologique, éthique et financière, de nos services de traitement des maladies et de l'idéologie sur lesquels ils reposent. Elles sont de nature biologique car nous ne pouvons à long terme vaincre la mort, seulement la reculer, et nous ne pouvons facilement remédier au ravage de l'indigence et des milieux défavorables grâce à la recherche biomédicale. Ces limites sont également de nature financière car il n'y aura jamais suffisamment d'argent pour tout exécuter ce que nous pourrions réaliser. Enfin, les services présentent des limites éthiques dans la mesure où même si nous avions les moyens de réaliser tout ce que nous pouvons faire, devrions nous le faire? Serait-ce la meilleure façon d'améliorer la santé?

Ce sont là des questions qu'il n'est pas facile de traiter et elles ne relèvent uniquement ni des professionnels de la santé ni des hommes politiques. La société doit regarder les choses en face, débattre des questions et les régler.

Ainsi, pour comprendre les répercussions de la promotion de la santé, il importe essentiellement d'accepter les réalités des limites que présente la biomédecine. Il faut donc que le grand public prenne connaissance de ces limites et que tous les secteurs de la société discutent de ces questions et trouvent des solutions appropriées. Notre rôle de chef de file, politique ou autre, consiste à engager cette discussion publique.

b) Les objectifs en matière de santé

L'un des moyens d'engager cette discussion et de reconnaître les nouvelles réalités de la promotion de la santé consiste à fixer des objectifs généraux en matière de santé. Ces objectifs témoignent d'un engagement sérieux à adopter une ligne de conduite générale à l'égard de la promotion de la santé. L'établissement d'objectifs de santé a été très utile aux États-Unis (Surgeon General, 1979, 1980), bien qu'ils aient quelque peu porté sur les aspects comportementaux, et en Europe où les 33 États membres de l'OMS se sont donnés comme objectif premier de réduire de 25 p. 100 les inégalités en matière de santé au sein de la région d'ici l'an 2000 (OMS, 1985). Qu'il soit réalisable ou non, cet objectif souligne très clairement les priorités et les orientations.

Le Québec (Conseil des affaires sociales, 1984), l'Ontario et, plus récemment, la Colombie-Britannique ont proposé des objectifs en matière de santé. Il y a quelques années, l'Association canadienne de santé publique a proposé un mécanisme de consultation provincial-régional ainsi que la tenue de conférences qui aboutiraient à l'établissement d'objectifs provinciaux, régionaux et finalement nationaux en matière de santé. Malheureusement, ce mécanisme n'a pas été retenu. Il demeure toutefois une étape importante, tant d'un point de vue symbolique que pragmatique. Il s'agit d'un mécanisme pragmatique car les objectifs qui l'accompagnent (qui pourraient être élaborés à l'échelle régionale, tel que proposé dans le rapport Spasoff) permettront de mesurer nos progrès et d'en rendre compte au grand public.

Infrastructure et capacité

Sans des ressources nouvelles et réaffectées et une nette définition des rôles, l'infrastructure et la capacité ne peuvent être créées. L'acquisition de connaissances et la formation dans le domaine de la promotion de la santé sont tributaires des ces facteurs. Il convient avant tout de veiller à ce que la Loi canadienne sur la santé reconnaisse la promotion de la santé et qu'elle la rende admissible au programme de partage des coûts avec le gouvernement fédéral.

a) Financement

La Loi canadienne sur la santé, qui, pour être plus précis, devrait s'intituler "Loi canadienne sur les garanties des méthodes médicales", ne prévoit aucune disposition relative à la santé publique et, par conséquent, à une bonne part de la promotion de la santé. Le moins qu'on puisse dire, c'est qu'il s'agit d'une curieuse anomalie. Il est grand temps que le gouvernement du Canada reconnaisse que la santé publique et la promotion de la santé méritent d'être assujetties au programme de partage des coûts et qu'il modifie la Loi canadienne sur la santé ainsi que les accords fédéraux-provinciaux appropriés. Il serait même préférable que les gouvernements fédéral et provinciaux se réunissent et s'entendent sur une véritable loi canadienne sur la santé.

Les fonds actuellement consacrés à la promotion de la santé et à la santé publique sont nettement insuffisants. Les évaluations laissent entendre régulièrement que les budgets provinciaux de la santé consacrent environ 2 à 3 p. 100 des fonds à la promotion de la santé et à la santé publique. Des fonds additionnels peuvent provenir de l'une des sources suivantes :

- l'affectation de nouveaux fonds; ou
- la réaffectation de fonds au sein du budget actuel.

Ces deux possibilités présentent toutes deux des avantages et des inconvénients. D'aucuns pourraient soutenir que le budget de la santé est déjà suffisamment important et que des fonds additionnels ne devraient pas être versés au secteur de la santé, notamment lorsque ces fonds ne seraient plus disponibles pour d'autres secteurs et lorsqu'ils procureraient en fait plus d'avantages (par exemple, une amélioration des taux d'aide sociale ou l'entretien d'autoroutes sûres). Par contre, rien n'est sorcier : lorsqu'une société estime que la santé est une priorité, alors pourquoi ne pas y consacrer 10, 11, 12 p. 100 ou même plus du PNB?

D'autre part, la réaffectation des fonds du budget de la santé jouit de solides arguments. En effet, d'aucuns estiment que le secteur de la santé profite déjà d'une part suffisamment grande du gâteau et que de continuer d'y affecter de nouveaux fonds ne fait simplement que perpétuer l'existence d'un système inefficace. L'engagement d'affecter pendant cinq ans, par exemple, 0,5 p. 100 du budget annuel de la santé accordé au traitement des maladies à la promotion de la santé exercerait de fortes pressions en vue d'une utilisation plus efficace des fonds actuels tout en doublant plus ou moins l'importance du secteur de la promotion de la promotion de la santé et de la santé publique au cours d'une période qui permettrait une planification et une formation correctes. Cette mesure pourrait être accompagnée d'un engagement à refuser de financer les nouveaux programmes de traitement qui ne comportent aucun élément de promotion de la santé et de prévention des maladies qui a pour but de réduire la nécessité de faire appel au traitement.

Du même coup, nous devons éviter de tomber dans le piège qui consiste à considérer la promotion de la santé comme un simple moyen de comprimer les coûts de notre système de traitement des maladies. Bien que la promotion de la santé puisse permettre d'économiser des fonds à long terme, elle ne devrait pas nous empêcher de prendre actuellement des mesures afin d'économiser des sommes importantes en veillant à ce que le système soit exploité de la manière la plus rentable. La promotion de la santé devrait être réalisée car elle contribue à la santé et à la qualité de la vie des gens et non parce qu'elle sabre les coûts.

b) Définition des rôles

L'affectation ou la réaffectation de fonds à la promotion de la santé et à la prévention des maladies devra s'accompagner d'une définition des rôles. Il est déjà certain que le secteur hospitalier commence à entrevoir le rôle qu'il pourrait jouer dans le domaine de la promotion de la santé, d'une part, en raison sans doute du fait que la validité de la promotion de la santé a été reconnue et, d'autre part, parce que ce secteur reconnaît sans doute l'existence d'une source éventuelle de fonds. Toutefois, je crois qu'il y a trois bonnes raisons pour lesquelles les hôpitaux ne devraient pas s'immiscer en règle générale dans le domaine de la promotion de la santé. En raison de leur nature même, les hôpitaux auront tendance à favoriser :

- une institutionnalisation;
- une médicalisation; et
- une individualisation de la promotion de la santé.

Cette tendance est tout à fait normale d'un secteur orienté vers l'institutionnalisation, fondé sur un modèle médical et habitué à traiter des individus et leurs problèmes de santé personnels. Cependant, cette attitude va à l'encontre de la philosophie de la promotion de la santé qui est orientée vers la communauté.

Ceci ne veut pas dire que les hôpitaux n'ont aucun rôle à jouer dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention des maladies. Cependant, j'affirmerais que le rôle des hôpitaux consiste en premier lieu à diagnostiquer, traiter et soigner les maladies d'excellente manière et qu'ils devraient concentrer leurs efforts dans ces domaines. Certaines mesures de prévention, principalement le dépistage et la prévention secondaire, peuvent très bien s'inscrire dans les programmes des hôpitaux, mais la responsabilité des vastes programmes de promotion de la santé et de prévention primaire ne devrait pas leur incomber.

On peut en affirmer autant en ce qui concerne le rôle des médecins qui, à mon avis, ne devraient pas se cantonner exclusivement au domaine de la promotion de la santé. En plus de la tendance vers une individualisation et une médicalisation qui résultent de leur formation professionnelle, leurs services sont les plus onéreux de tous ceux du domaine de la santé. Il n'est pas nécessaire de posséder un diplôme en médecine pour prendre la majeure partie des mesures dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, lesquelles peuvent très bien être exécutées par d'autres professionnels de la santé, des professionnels d'autres domaines ou des membres de la communauté. Il sera généralement bien moins rentable de faire appel aux médecins.

Bref, les rôles doivent être clairement définis en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies et on se doit de faire appel au personnel disponible qui est le moins onéreux et le plus efficace. En règle générale, on retrouvera ces personnes parmi les professionnels de la santé et d'autres domaines ainsi que parmi les bénévoles.

c) <u>Acquisition de connaissances en vue de la promotion de la santé</u>

Comme je l'ai déjà mentionné, la promotion de la santé est un nouveau domaine dans lequel l'élaboration conceptuelle et théorique, la recherche et l'application présentent des lacunes. Pour qu'un domaine connaisse un essor, l'acquisition de connaissances est essentielle. Les

fonctionnaires de Santé et Bien-être social Canada en sont fort bien conscients et sont d'avis que l'acquisition de connaissances relatives au cadre de la promotion de la santé doit être hautement prioritaire afin de donner corps à la promotion de la santé et de faciliter l'utilisation du cadre. (Rootman, 1988)

Selon Rootman, l'acquisition de connaissances comporte deux éléments :

- la diffusion de l'information ou encore le partage des connaissances actuelles; et
- la recherche ou l'enrichissement des connaissances actuelles.

La diffusion des connaissances comprend la publication de rapports, le parrainage de séminaires et d'ateliers, la création de réseaux, la modification des programmes et l'organisation d'une formation spéciale. La recherche englobe l'examen des ouvrages traitant de la question, les études sur les mesures prises dans les communautés, la collecte et l'analyse de données, les projets de recherche et la mise au point de méthodes nouvelles et de moyens qualitatifs de recherche. Il est clairement entendu que l'acquisition de connaissances en vue de la promotion de la santé doit être de nature pluridisciplinaire.

Les résultats d'un groupe de travail sur la recherche relative à la promotion de la santé, constitué par Santé et Bien-être social Canada et auquel j'ai eu l'honneur de participer, et d'un atelier sur l'acquisition de connaissances dans ce domaine (l'un d'une série d'ateliers organisés par Santé et Bien-être social Canada partout au pays), tenu à Toronto, indiquent que les préoccupations correspondent entièrement aux points de vue de Rootman. Ces résultats peuvent être résumés de la façon suivante :

i) Reconnaître officiellement et appuyer les nouvelles méthodes de recherche qui sont de nature pluridisciplinaire, qui sont fondées sur l'action communautaire, qui permettent de mettre au point des méthodologies et des indicateurs nouveaux qui font appel à des méthodes qualitatives et fondées sur l'action communautaire.

ii) Étendre le réseau de chercheurs afin d'y inclure ceux qui oeuvrent dans des disciplines qui ne relèvent pas habituellement du domaine de la santé (orientations environnementales, urbanisme, bien-être social, développement communautaire, etc.) et renforcer les

liens entre les chercheurs et la communauté, y compris entre les praticiens qui oeuvrent au sein de la communauté et qui tentent d'appliquer les principes de la promotion de la santé et les résultats de la recherche entreprise dans ce domaine. Ceci signifie qu'il faudra accorder plus d'intérêt aux méthodes de recherche dynamiques.

iii) Renforcer et améliorer l'infrastructure dont dépend la recherche dans le domaine de la promotion de la santé grâce aux moyens suivants :

- créer un fonds autonome de recherche consacré à la promotion de la santé;
- le PNRDS devrait créer un programme de subventions stratégiques (semblable à celui du CRSH pour la gérontologie) qui englobe des prix décernés pour la carrière, des bourses universitaires, des normes d'excellence, etc.;
- créer des centres régionaux de promotion de la santé et un réseau de centres de haut savoir; et
- veiller à ce que les critères de demande et de jugement relatifs à la recherche dans le domaine de la promotion de la santé sont pertinents.

À partir de cette pléthore d'idées, j'aimerais souligner vivement que des fonds de recherche doivent être consacrés tout particulièrement à la promotion de la santé ou à un programme de subventions stratégiques. Dépourvue d'un financement précis et à long terme qui témoigne d'un engagement, la promotion de la santé languira.

d) <u>Éducation et formation en vue de la promotion de la santé</u>

En tant que nouveau champ d'activité, la promotion de la santé exige de ses praticiens qu'ils possèdent de nouvelles aptitudes dont, entre autres, la capacité de travailler au sein d'équipes pluridisciplinaires, de comprendre et de régler les problèmes de santé de manière holistique ou socio-écologique ainsi que de favoriser l'essor des communautés. Des programmes de formation axés sur ces nouvelles aptitudes doivent être créés dans les universités, à savoir au niveau du baccalauréat et des études supérieures. En outre, il est possible que les programmes d'études au niveau du baccalauréat qui forment les professionnels de la santé publique doivent s'étendre afin de répondre à la demande croissante de praticiens qui découlera de la hausse du financement consacré à la promotion de la santé. Afin de répondre aux objectifs de la stratégie

d'acquisition de connaissances, des programmes de formation devront être prévus au niveau des études supérieures et dans une vaste gamme de disciplines qui correspondent au caractère pluridisciplinaire de la promotion de la santé.

Il sera tout aussi important, voire essentiel, de veiller à ce que les praticiens de la santé actuels, notamment ceux de la santé publique, subissent une formation adéquate sur les nouvelles aptitudes et la promotion de la santé. La transition d'un mode plus traditionnel de santé publique à la promotion de la santé, qui est plus orientée vers le développement communautaire, nécessitera une certaine forme de soutien tel que par exemple des cours d'été, des programmes donnant droit à des certificats et des diplômes ainsi que des ateliers et des séminaires.

Enfin, les programmes d'éducation et de formation en matière de promotion de la santé ne doivent pas se limiter à la santé et à d'autres domaines. Il faudra prévoir des programmes de sensibilisation et de formation en milieux communautaires afin de permettre à la population d'acquérir les aptitudes qui lui permettront de participer activement, à titre individuel ou non, à la promotion de la santé. Les activités personnelles et d'entraide du secteur communautaire représenteront probablement les instruments parmi les plus efficaces de promotion de la santé, et elles doivent être solidement appuyées par des programmes de sensibilisation et de formation en milieu communautaire. Des organismes comme la Canadian Association for Adult Education, les YMCA, les YWCA et beaucoup d'autres organismes devraient être des partenaires clés dans ces programmes.

e) <u>Centres nationaux de haut savoir</u>

La création d'un ou plusieurs centres nationaux de haut savoir serait probablement la meilleure façon d'appuyer les programmes de recherche, de sensibilisation et de formation essentiels à la promotion de la santé. Un vaste débat fait actuellement rage en ce qui concerne la question qui consiste à savoir si ces centres de haut savoir devraient correspondre à des écoles de santé publique. Selon Terris (1982),

> L'expression "école de santé publique" n'englobe strictement pas les sections de médecine préventive, sociale ou communautaire, qui relèvent des écoles de médecine. Par définition, une école de santé publique est une école indépendante des études supérieures. (...) Ces écoles forment des praticiens de la santé publique, à savoir un groupe professionnel entièrement distinct du corps médical, des infirmiers et infirmières ainsi que des praticiens de la santé qui sont issus de leurs propres écoles professionnelles. (traduction)

Le professeur John Last, éminent professeur de santé publique à l'Université d'Ottawa et rédacteur en chef scientifique de la Revue canadienne de santé publique, est d'avis que dans la mesure où des centres de haut savoir en matière de santé publique peuvent exister dans le monde, nous n'en possédons aucun au Canada. Il est également du même avis que Terris.

> Le domaine de la santé publique est trop important pour être confié aux doyens des écoles de médecine. Quelle que soit la sincérité de leurs promesses de préserver et de renforcer les départements de science fondamentale et appliquée, (...) l'expérience a démontré à maintes reprises qu'en période de compression des budgets, ces activités des écoles de médecine sont extrêmement vulnérables. (Last, 1988a) (traduction)

Dans un éditorial ultérieur, le professeur Last a ajouté ce qui suit :

> Les méthodes innovatrices du nouvement moderne de promotion de la santé, en particulier l'approche pluridisciplinaire qui, traditionnellement, n'avait aucun lien avec la médecine, requiert des fondements académiques entièrement nouveaux à partir desquels on pourra effectuer des recherches et instruire les légions de recrues qui sont nécessaires pour promouvoir efficacement la santé. (traduction)

Il ajoute que nous besoin d'au moins un centre national de haut savoir ou d'une école de santé publique qui ne devrait pas être rattaché à une faculté de médecine. Il recommande également l'existence :

> (...) d'un concept purement canadien d'un centre de haut savoir qui correspondrait en réalité en un réseau, de préférence national, qui regrouperait des experts de disciplines pertinentes occupant des fonctions dans n'importe quel établissement d'éducation postsecondaire au pays. (Last, 1988b) (traduction)

Bien qu'il soit trop tôt pour définir avec précision la nature d'un centre national de haut savoir en matière de promotion de la santé, il est évident qu'un tel centre est nécessaire et que l'engagement de fonder un centre (ou un réseau de centres) est vraiment prioritaire.

Politique axée sur la santé de la population

Comme il a déjà été mentionné, le concept de la politique axée sur la santé de la population est essentiel à la promotion de la santé et étaye les autres stratégies dans ce domaine. Cette politique est la figure de proue de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, du cadre de promotion de la santé de Santé et Bien-être social Canada et des objectifs de santé proposés par le comité Spasoff. C'est au cours de la conférence sur la santé, intitulée "Beyond Health Care", qui s'est tenue à Toronto en 1984 et qui a été coparrainée par la Commission de santé de la ville de Toronto, l'Association canadienne de santé publique et Santé et Bien-être social Canada, que cette politique a fait l'objet d'une discussion publique et en profondeur. Depuis, sous l'apparence de mesures de santé pluridisciplinaires, cette politique a fait l'objet de discussions techniques à l'Assemblée mondiale de la santé en 1987, au cours d'un colloque à l'université Yale et dans le cadre d'un examen approfondi d'ouvrages, financé par la Direction de la promotion de la santé et par le PNRDS et exécuté par des professeurs et des étudiants en santé communautaire de l'Université de Toronto. En outre, elle a été l'objet de la deuxième conférence internationale pour la pronotion de la santé qui s'est tenue à Adelaide (Australie) en avril 1988 et au cours de laquelle la politique a été définie comme suit :

> (...) le souci d'intégrer à tous les domaines de la politique les aspects de la santé et une certaine équité. La politique publique favorisant la santé a pour objet principal de susciter un milieu permettant à la population de mener une vie saine. (OMS, 1988) (traduction)

Le principe qui soutend la politique axée sur la santé de la population est très simple : beaucoup des principaux facteurs qui déterminent la santé et la maladie ne relèvent pas du secteur de la santé. Bien qu'il soit important d'éviter les risques que comporte la "santé par dessus tout" (principe selon lequel d'aucuns régiraient le mode de vie et le comportement des individus (OMS, 1984) (traduction)) et que d'autres secteurs risquent de considérer l'ingérence du secteur de la santé comme une tentative visant à bâtir un empire, il est toutefois important de voir à ce que les organismes tiennent compte de la santé et de veiller à "ce qu'on accorde autant d'importance aux questions de santé qu'on en accorde à celles d'économie" (OMS, 1988) (traduction) lors de la prise de décisions.

Voici quelques exemples qui permettent d'illustrer les points soulevés.

a) Les inégalités en matière de santé et les injustices sociales

La relation entre l'indigence et la mauvaise santé est nette et a été beaucoup étudiée (Wilkins & Adams, 1983; Shah, Kahan et Krauser, 1987). En effet, le premier défi que doit relever le Cadre de promotion de la santé de Santé et Bien-être social Canada consiste à atténuer les injustices en matière de santé. Les auteurs du rapport Spasoff étaient du même avis. En outre, la conférence sur la politique publique favorisant la santé, qui s'est tenue à Adelaide (Australie), a essentiellement porté sur cette question. La déclaration de la conférence a précisé ce qui suit : il est évident que "les inégalités en matière de santé sont enracinées dans celles de la société. Pour combler le fossé qui sépare les défavorisés des biens nantis, il importe de mettre en oeuvre une orientation permettant de donner accès aux biens et aux services qui favorisent une bonne santé, et il convient de créer des milieux favorables." (traduction)

Ceci veut dire que nous devons nous attaquer aux problèmes de la faim, des sans-abri, du chômage, de l'indigence et de l'analphabétisme si nous voulons améliorer la santé de ceux qui en ont vraiment besoin, notamment les autochtones du Canada.

Dans son rapport récemment rendu public, le Comité de révision de l'aide sociale (CRAS) de l'Ontario a reconnu ce fait saillant en précisant ce qui suit :

> "Beaucoup des recommandations formulées dans le présent rapport ont pour but d'améliorer la situation financière générale des bénéficiaires d'aide sociale et des indigents. L'adoption de ces recommandations pourrait être la plus importante mesure de santé que pourrait prendre l'Ontario. (Soulignement ajouté par l'auteur) (Comité de révision de l'aide sociale, 1988) (traduction)

Dans la mesure où une hausse du financement versé au système de traitement des maladies réduit les possibilités de recueillir des fonds visant à mettre en oeuvre les recommandations du CRAS, la campagne menée actuellement par l'OMA dans le but d'accroître le financement des hôpitaux peut nuire sérieusement à la santé!

b) Développement économique durable et environnements sains

L'état de l'écosystème dans lequel nous vivons, à l'échelle locale, régionale et enfin planétaire, constitue le facteur déterminant fondamental de notre santé et de notre bien-être. Les conséquences de la dégradation de l'environnement sur la santé sont profondes. Voilà pourquoi l'OMS a reconnu, pour la première fois, dans la Charte d'Ottawa que la stabilité écologique et la pérennité des ressources sont des facteurs indispensables à une bonne santé. La nécessité de créer des milieux qui favorisent la santé constitue donc un élément important de la promotion de la santé, tant à l'échelle planétaire que locale. Cependant, ce n'est pas au ministère de la Santé qu'il incombe de créer des milieux qui favorisent la santé, mais plutôt au ministère de l'Environnement, aux gouvernements municipaux, aux urbanistes, aux entreprises et à beaucoup d'autres organismes. Ces autres secteurs ne s'intéressent pas à la santé, mais pour qu'ils en tiennent compte lors de la prise de décisions, le secteur de la santé doit les en convaincre, car ils doivent être incités à le faire.

À l'heure actuelle, une importante occasion se présente de réunir la santé, l'environnement et le développement économique durable. Le grand public n'a jamais été aussi conscient des problèmes environnementaux et de leurs conséquences sur la santé tandis que beaucoup d'écologistes et de fonctionnaires ont reconnu que de faire appel au facteur santé est la façon de sensibiliser la population aux problèmes environnementaux. La création de tables rondes sur l'environnement et l'économie, exigée par les Premiers ministres en réponse au rapport du Groupe de travail national sur l'environnement et l'économie (1987), permet de tracer un parallèle intéressant avec l'intérêt que manifestent actuellement les Premiers ministres à l'égard de la promotion de la santé. Les rapports entre les deux concepts peuvent se révéler fructueux au niveau national et provincial tandis qu'au niveau local le concept des communautés en santé fournit également une excellente occasion de tisser des liens entre les politiques de la santé et de l'environnement.

c) Politique agricole et alimentaire

L'un des domaines de la politique gouvernementale qui a énormément attiré l'attention du secteur de la santé au cours des dernières années a été la politique alimentaire. On estime qu'une proportion élevée des décès et des maladies qui peuvent être prévenus sont reliés à l'alimentation, à savoir les maladies coronariennes, le cancer, le diabète, l'obésité,

les caries dentaires et les problèmes d'intestin. Cependant, nos aliments sont le produit de nos industries agricoles et alimentaires et de leurs ministères connexes. Voilà pourquoi un certain nombre de pays et d'États ont cherché à formuler des politiques détaillées en matière d'aliments et de nutrition (Milio, 1987; Powles, 1987) et ces efforts se sont étendus aux gouvernements locaux et aux communautés (Haughton, 1987).

d) Structures et processus en vue d'une politique axée sur la santé de la population

La politique axée sur la santé de la population ne surgira pas d'elle-même. En plus de l'engagement politique et de la capacité cernés par Milio (1987), elle requiert la création de structures plurisectorielles de haut niveau telles que le conseil du Premier ministre en matière de stratégie sur la santé en Ontario. Des structures semblables doivent également être créées au niveau local, car elles constituent une partie intégrante de tout projet axé sur la santé de la population.

Le rapport du groupe de Canadiens qui ont participé à la conférence d'Adelaide sur la politique publique saine présente cinq stratégies clés permettant de formuler une telle politique. Ces stratégies sont exposées ci-dessous.

- Nous devons effectuer des recherches dans le domaine afin de connaître ce qui s'y passe et d'appronfondir nos connaissances acquises. Nous possédons déjà d'importantes connaissances sur le processus d'élaboration de politiques et sur les répercussions des politiques gouvernementales sur la santé. Toutefois, nous devons élargir nos connaissances.

- Nous devons "prêcher la bonne parole", ce qui signifie de comprendre d'abord ce que les gens savent déjà, d'acquérir une compréhension et de prodiguer des soins, en particulier chez ceux qui seront chargés de formuler et d'appliquer une politique publique saine. Ils doivent être prêts à le faire.

- Nous devons découvrir qui sont nos alliés à l'extérieur du domaine traditionnel de la santé, au niveau communautaire, parmi d'autres professions et au sein du gouvernement.

- Nous devons créer des mécanismes gouvernementaux ou privés, officiels ou non, de dialogue et de consultation tels que le concept des tables rondes sur l'environnement et l'économie.

- Nous avons besoin d'un projet concluant aux niveaux local, provincial et fédéral dans divers domaines tels que l'aide sociale et la santé, le développement durable et la santé, les communautés saines, les programmes de sensibilisation et d'alphabétisation en vue de pronouvoir la santé, la santé et l'alimentation, etc.

À mon avis, le défi n'est pas de définir les avantages de la politique axée sur la santé de la population ou d'en débattre, mais de cerner les répercussions qu'ont les orientations de rechange en vigueur ou éventuelles sur la santé et d'élaborer, de mettre en train et d'évaluer des orientations en matière de santé à tous les ordres de gouvernement.

Renforcer l'action communautaire

Si la promotion de la santé est jugée sérieusement comme un processus permettant à la population d'améliorer directement sa santé, elle doit alors être considérée comme un processus à la fois individuel et collectif. Les mesures prises par les individus ont des limites mais un groupe de personnes peuvent mieux régir leur santé ainsi que les conditions qui la déterminent. Voilà pourquoi la rhétorique relative à l'action communautaire doit être prise au sérieux. Mieux régir sa santé ainsi que les conditions qui la déterminent constitue un excellent facteur qui contribue à une bonne santé. Toutefois, nous devons reconnaître que nous ne pouvons agir pour les gens mais que nous pouvons les aider à prendre eux mêmes les mesures nécessaires, ce qui veut peut-être dire qu'il faudra leur laisser plus de liberté tout en leur fournissant les ressources qui leur permettront de prendre leurs propres décisions et, s'il le faut, de commettre leurs propres erreurs.

Le rôle essentiel du renforcement de l'action communautaire n'est pas seulement reconnu dans la Charte d'Ottawa mais également dans le cadre fédéral de promotion de la santé dans lequel le concept prend la forme d'appuis mutuels et de participation du public et peut-être aussi de renforcement des services communautaires de santé. Toutefois, on a découvert au cours d'un récent processus national de consultation, financé par Santé et Bien-être social Canada et organisé par l'Association canadienne de santé publique et ses divisions provinciales, que le renforcement de la santé au sein des communautés passe par le renforcement de la communauté elle-même (ACSP, 1987). Le rapport du Comité Podborski, en Ontario, a également fait ressortir ce fait. Les auteurs du rapport ont découvert que les communautés sont prêtes et en mesure d'entreprendre des activités de promotion de la santé. En fait, les communautés sont beaucoup plus préparées que le gouvernement et attendent l'appui gouvernemental avant de se lancer.

À mes yeux, le renforcement de l'action communautaire en vue de favoriser la santé au sein de la population comporte trois éléments distincts : renforcer le secteur des services de santé communautaire et accroître la haute main de la communauté sur ces services de santé; accroître la haute main qu'a la communauté sur d'autres facteurs qui déterminent la santé et renforcer l'entraide, les efforts personnels et tout autre mode d'aide communautaire non officielle.

a) Renforcer le secteur des services de santé communautaire

Pour renforcer le secteur des services de santé communautaire, il faudra transférer des ressources des établissements de santé au secteur communautaire. Cette solution se démarque de la proposition initiale selon laquelle il fallait accroître le financement de la promotion de la santé et de la prévention des maladies en retirant des fonds au secteur des soins de santé. Dans ce cas-ci, il ne s'agit plus seulement de renforcer les services de promotion de la santé et de prévention des maladies au sein des communautés mais de transférer des ressources consacrées au diagnostic, au traitement et au soin des maladies au sein des établissements au profit du secteur communautaire. Depuis plusieurs décennies, cette recommandation a été l'élément principal de presque tous les rapports sur le système de santé et elle a été ignorée dans une large mesure.

La solution qui consiste à accroître la haute main des communautés sur le secteur de la santé a également été une recommandation régulièrement formulée, en particulier dans le rapport de l'ACSP paru récemment sur le renforcement de la santé communautaire, et dans lequel les auteurs ont signalé que le plus important concensus qui a émané des ateliers de consultation a porté sur la question de la propriété des services de santé communautaire et de la haute main sur ces mêmes services. Si nous voulons que les communautés acquièrent une meilleure compréhension de leurs problèmes de santé et de la façon de les régler, elles doivent jouir de pouvoirs leur permettant de régler elles-même ces problèmes. Pour y arriver, il faut s'engager à décentraliser la gestion et le contrôle du système des soins de santé.

Il est indubitable que cela ne peut se faire du jour au lendemain et que nous ne pouvons nous diriger vers le degré de décentralisation dont jouissent les pays scandinaves, aussi souhaitable que cela puisse être, car nos traditions sociales et politiques sont si différentes. (Par exemple, les conseils régionaux ont le pouvoir de lever des impôts, ce qui est peu probable ici.) Toutefois, il est intéressant de

noter que dans un pays comme la Finlande, dont la population ne s'élève qu'à 4 millions d'habitants, la Direction générale de la santé du ministère des Affaires sociales est composée d'un personnel de quinze personnes seulement tandis que la Commission nationale de la santé, qui est chargée de la planification de la santé et de la réglementation des professions de la santé à l'échelle nationale, ne possède qu'un personnel de 200 personnes. Tout le reste est décentralisé! Il est maintenant temps qu'au moins un gouvernement s'engage nettement à mettre en train un mécanisme à long terme de décentralisation de la gestion et du contrôle des soins de santé et à accorder des pouvoirs de financement aux organismes locaux responsables qui oeuvrent au sein des paramètres et des cadres du gouvernement central. Pour commencer, plusieurs systèmes de rechange devraient être mis en place et exploités afin d'en tirer les conclusions appropriées. Et qui sait, les gouvernements centraux trouveront peut-être qu'il est très agréable de décentraliser les services et les communautés locales trouveront peut-être qu'il est stimulant de prendre les choses en main.

b) Accroître la haute main des communautés sur la santé

Bien que le fait d'avoir la haute main sur les services de santé locaux constitue pour les communautés un important processus d'autonomie, ce processus ne suffit pas à lui seul. L'action communautaire doit être renforcée non seulement au niveau des services de santé locaux mais également au niveau de la communauté dans son ensemble. S'il est logique de décentraliser la gestion et la conduite des services de santé locaux, nous devrions également prendre en considération d'autres domaines d'activité où il serait logique de décentraliser la gestion et la direction. C'est là la nature même de la participation du public : elle ne se résume pas seulement à l'aptitude à voter de temps en temps, mais de participer activement à la gestion des activités locales.

Bref, il est nécessaire de mettre en train un processus accordant des pouvoirs aux individus et aux communautés, de favoriser la participation du public et d'améliorer le sens civique. Pour les gens de la gauche, ceci signifie accorder le "pouvoir au peuple" tandis que pour ceux de la droite il s'agit d'"indépendance" ou encore "de supprimer le fardeau gouvernemental". Dans les deux cas, on s'entend pour affirmer qu'accroître la participation du public et le sens civique ne peut qu'être bénéfique. Si ce mandat a des répercussions positives sur la santé, qui pourrait s'y opposer?

c) Renforcer l'appui communautaire

Le fait d'accroître la haute main des communautés sur les services de santé a d'évidentes répercussions politiques car il favorise la décentralisation de la démocratie et traite de l'organisation officielle de la communauté. Par contre, le renforcement de l'appui communautaire traite des aspects non officiels de la communauté, c'est-à-dire de la pléthore d'organismes et de groupes communautaires qui s'occupent d'une façon ou d'une autre d'entraide, de programmes favorisant les efforts personnels ainsi que d'activités de soutien sociales, parfois spécialement fondés sur des questions de santé, mais souvent sur une gamme de questions sociales, environnementales et autres. Alison Watt et Sue Rodmell ont signalé ce phénomène comme le "mouvement de santé communautaire" et en ont distingué trois éléments : les groupes qui encouragent les efforts personnels et qui traitent de problèmes de santé précis; les groupes de santé communautaire qui tentent de régler les questions de nature sociale, environnementale et autres qui se rattachent à la santé et au bien-être au niveau local; et les projets de développement des communautés en matière de santé par lesquels des travailleurs de la santé oeuvrent au sein des communautés afin d'aider la population à cerner les besoins et les questions d'intérêt en matière de santé et à adopter une action collective dans le but de tenter de répondre à ces besoins (Watt et Rodmell, 1988). Ces projets ont souvent pour objet d'aider la population à faible revenu à régler les questions de santé fondamentales (alimentation, logement, travail, éducation, revenu, environnement sain et propre) et peut inclure des projets de développement économique des communautés, des groupes favorisant les efforts personnels et des stratégies d'entraide et de soutien.

Pour les gouvernements, il est essentiel d'accepter que ceux qui sont les mieux placés pour comprendre ces questions sont ceux qui les vivent. Compte tenu des ressources et de l'aide appropriée, ces personnes sont également les mieux placées pour régler ces questions. Rappelons-nous les paroles de John McKnight (1985), travailleur social expérimenté et réfléchi de Chicago, lorsqu'il a dit qu'il est impossible de favoriser la bonne santé parmi les gens qui n'ont aucun pouvoir, mais qu'il est possible de favoriser la santé en fournissant à ces gens des instruments, des pouvoirs, des fonds et des revenus.

d) Pour des communautés en bonne santé

Le projet de promotion de communautés ou de villes en bonne santé est l'un des importants projets qui tentent de réunir toutes ces idées. Ce projet a vu le jour à Toronto, puis a été découvert et transformé en un important projet de l'OMS en Europe par Ilona Kickbusch (Hancock, 1987). Le projet possède maintenant un bureau national à l'Institut canadien des urbanistes et il est coparrainé par l'Association canadienne de santé publique et par la Fédération canadienne des maires et des municipalités grâce aux fonds de Santé et Bien-être social Canada. Des localités d'un océan à l'autre, c'est-à-dire littéralement de Dartmouth à Victoria, participent à ce projet, à savoir d'aussi petites localités que Montmagny (3 000 habitants) au Québec ou d'aussi importantes que la ville de Toronto (600 000 habitants).

Le projet est fondé sur l'hypothèse selon laquelle la promotion de la santé requiert des mesures prises localement et selon laquelle le plus petit ordre de gouvernement, c'est-à-dire municipal, possède non seulement beaucoup des ressources et des aptitudes nécessaires pour rendre les communautés en meilleure santé mais est plus prêt et plus à l'écoute des besoins de la population locale. Voilà pourquoi et aussi parce que les gouvernements municipaux sont moins importants et que les orientations conviennent mieux, il sera peut-être plus facile d'élaborer et de mettre en vigueur une politique en matière de promotion de communautés en bonne santé à l'échelle locale.

Le projet cherche essentiellement à convier tous les gouvernements municipaux au Canada à voir comment leurs communautés peuvent devenir en meilleure santé. Ceci signifie que la collaboration plurisectorielle devra se faire non seulement au sein des gouvernements municipaux mais encore entre les gouvernements, le secteur privé, les bénévoles et les organismes communautaires. Ceci signifie qu'il faudra tenir compte de la santé lorsque des décisions seront prises au niveau local et qu'il faudra tenir compte du milieu physique et social de la communauté afin de s'assurer que la population appuie le programme. Il est évident qu'il faut renforcer la participation de la communauté aux mesures relatives à la santé, qu'il faut donner à la population des aptitudes personnelles dans ce domaine par le truchement des commissions scolaires et d'autres moyens des gouvernements municipaux et, enfin, dans la mesure où les gouvernements municipaux du Canada participent aux services de santé, cela signifie réorienter les services en général.

Le projet des communautés et des villes saines n'existe que depuis trois ans en Europe et depuis moins d'un an au Canada. Il est donc un peu prématuré pour cerner des résultats précis. Toutefois, le projet a été accueilli avec beaucoup d'enthousiasme dans littéralement plusieurs centaines de villes et villages en Europe, en Amérique du Nord et en Australie et a incité les gouvernements locaux à tenir compte des questions de santé d'une façon qui n'avait pas été vue depuis le XIX^{e} siècle. Les gens de tous les horizons trouvent le projet attirant, excitant et entraînant. Par exemple, à Rouyn-Noranda, petite ville de 30 000 habitants du Québec et la première au Canada à se déclarer ville saine, 5 000 écoliers et près de 1 000 adultes ont participé à des discussions sur la façon de rendre leur ville plus saine et participent maintenant à des projets conçus à cette fin. À titre d'exemple, parmi les six priorités cernées par la localité, on retrouve l'élaboration de projets de nettoyage de l'environnement par les enfants, la création de comités d'action de quartier et l'élaboration de programmes récréatifs à l'intention des adolescents.

À Toronto, le conseil municipal a récemment approuvé à l'unanimité un rapport important, intitulé "Healthy Toronto 2000", dans lequel un ensemble d'objectifs en matière de santé sont définis et qui englobe, entre autres, l'atténuation des inégalités à l'égard des possibilités de santé, la création de milieux physiques et sociaux favorisant la santé et la promotion d'un système de services de santé communautaire (Commission de la santé, 1988). Un groupe de travail composé de représentants de plusieurs services élabore actuellement un mécanisme fondé sur l'équité sociale et la gestion de l'écosystème urbain.

À Edmonton, la Commission de la santé a aussi réagi rapidement. La consultation du public et la publication d'un rapport sur la santé ont permis de cerner les questions qui doivent être prioritairement réglées, dont en particulier la santé cardio-vasculaire. Pendant ce temps, on m'apprend qu'à Victoria les municipalités régionales et certaines municipalités locales élaborent des stratégies de santé pour l'an 2000, qu'un colloque public est prévu et que les services régionaux commencent à prévoir des résultats en matière de santé pour leurs programmes.

En plus du projet national, le projet villes et villages en santé a été mis en train au Québec et regroupe déjà 15 localités, tandis qu'en Ontario un groupe de six associations provinciales, regroupant entre autres des urbanistes, des architectes paysagistes, des écologistes et des représentants des municipalités et du secteur de la santé publique, prépare

actuellement un projet de localités en santé. Puisque le projet de communautés en santé a nettement suscité un très grand intérêt auprès des communautés canadiennes, cette situation donne l'occasion aux gouvernements provinciaux de s'engager en matière de promotion de la santé et de renforcer l'action communautaire par la promotion et le financement des projets communautaires de santé locaux et provinciaux.

(Les projets national et ontarien mettent en lumière un autre principe important de la promotion de la santé et de la politique relative à un public en santé, à savoir le recrutement de nouveaux partenaires, c'est-à-dire dans ce cas-ci des urbanistes, des représentants des gouvernements municipaux, des écologistes et des architectes paysagistes.)

Acquisition d'aptitudes personnelles

Au cours des dix ou quinze dernières années, on a prêté beaucoup d'attention à cette question, mais surtout en ce qui concerne l'acquisition de connaissances supplémentaires et la modification des attitudes et des comportements à l'égard de la prévention et des comportements qui présentent des risques. Bien que ces aptitudes ne soient pas dépourvues d'intérêt et qu'elles doivent continuer de susciter un intérêt, il devrait être maintenant évident que les attitudes requises en matière de promotion de la santé, tant chez les praticiens qu'au sein du public, diffèrent grandement des aptitudes traditionnelles qui engendrent des changements comportementaux.

Les professionnels de la santé, à savoir ceux sur le marché du travail et ceux aux études, doivent posséder des aptitudes dans une gamme de domaines, à savoir le développement communautaire, la création de coalition et de réseaux, la défense d'une cause, la création d'un groupe d'entraide, l'encouragement à l'indépendance et l'emploi des médias.

Le public requiert d'abord un ensemble d'aptitudes d'existence fondamentales qui sont essentielles pour la bonne santé et qui peuvent être regroupées assez librement sous la rubrique des aptitudes d'alphabétisme et des aptitudes à la vie quotidienne. Ces aptitudes peuvent être acquises à l'école ou, s'il le faut, dans le cadre de programmes de rattrapage ou de programmes destinés aux immigrants. Ceux qui ne possèderont pas ces aptitudes à la vie quotidienne auront de la difficulté à trouver du travail, à effectuer les choix corrects en matière de santé et à éviter les situations peu propices à une bonne santé. Leur amour-propre sera probablement peu élevé et leur santé sera en péril.

En plus de ces aptitudes en matière de santé, les gens doivent apprendre à travailler en groupes et à participer aux mécanismes d'entraide, à l'action communautaire, au processus démocratique ainsi qu'à la vie et à la politique de leur communauté. Ces aptitudes sont essentielles pour une bonne santé car ils permettent aux gens de mieux régir leur vie et d'améliorer leur santé.

Il est évident que cette éducation du grand public n'incombe pas aux ministères de la Santé, mais plutôt à ceux de l'Éducation, de la Citoyenneté et de la Culture, aux commissions municipales de la Santé, aux commissions scolaires, aux services des loisirs, aux organismes bénévoles, etc. Ce sont aussi des partenaires.

CONCLUSION

Pour reprendre mes paroles, afin de passer de la rhétorique à la pratique dans le domaine de la promotion de la santé, il faut que les dirigeants politiques et administratifs de la santé qui composent l'assistance comprennent et acceptent la question et s'engagent. La présente conférence témoigne vraiment de l'intérêt qu'elle suscite au plus haut niveau. Mais cet intérêt n'est pas suffisant. Si l'on ne passe pas bientôt à l'action, la promotion de la santé et surtout les ministères de la Santé et la profession perdront leur crédibilité. Il faut découvrir de nouveaux partenaires et encourager les gens à tenir compte des questions de santé, car le secteur de la santé ne peut à lui seul procurer une bonne santé à tous. Il faut également créer une infrastructure et une compétence favorisant la promotion de la santé, établir des structures et des processus permettant l'étude et la mise en vigueur d'orientations dans ce domaine, renforcer l'action communautaire ainsi qu'encourager l'acquisition d'aptitudes personnelles de manière que la population puisse mieux régir et améliorer sa santé. Ce n'est seulement que de cette façon que nous aurons atteint nos objectifs.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Association canadienne de santé publique (1987) "Strengthening Community Health Means Strengthening Community, Association canadienne de santé publique, Ottawa.

"Beyond Health Care" (1985) compte rendu d'une conférence sur la politique favorisant la santé, Revue canadienne de santé publique, 76 (supplément 1), 1-104.

Comité de révision de l'aide sociale (1988), "Transitions" (Résumé), ministère des Services sociaux et communautaires de l'Ontario, Toronto.

Commission de la santé (1988) "Healthy Toronto 2000", Toronto, Commission de la santé de la ville de Toronto.

Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon) (1987), Résumé du rapport, Gouvernement du Québec, Québec.

Conseil des Affaires sociales et de la Famille (1984) Objectif santé, Québec.

Frank, Johann Peter (1976) "A Complete System of Medical Policy", Johns Hopkins University Press, Baltimore.

Groupe consultatif des ministres sur la promotion de la santé (1987) "Community Health Matters in Ontario" (Rapport Podborski), ministère de la Santé, Toronto.

Groupe de travail national sur l'environnement et l'économie (1987), Rapport, Conseil canadien des ministres des Ressources et de l'Environnement, Ottawa.

Groupe d'étude de l'Ontario sur les objectifs santé (1987) "Health for all Ontario" (Rapport Spasoff), ministère de la Santé, Toronto.

Groupe d'étude sur le système de santé de l'Ontario (1987) "Toward a Shared Direction for Health in Ontario" (Rapport Evans), Gouvernement de l'Ontario, Toronto.

Hancock, Trevor (1987) "Healthy Cities : The Canadian Project", Promotion de la santé, 26(2), 2-4, 27.

Haughton, Betsy (1987) "Developing Local Food Policies : One City's Experience", Journal of Public Health Policy, 8(2), 180-191.

Labonte, Ron et Susan Penfold (1981), "Canadian Perspectives in Health Promotion : A Critique", Promotion de la santé, (20), 4-9.

Last, John (1988a), "The Future Need for Schools of Public Health in Canada", Revue canadienne de santé publique, 79(4), 219-220.

Last, John (1988b), "The Future of Higher Education for Public Health - 2, Revue canadienne de santé publique, 79(6), 411-412.

McKnight, John (1985), "Health and Empowerment", Revue canadienne de santé publique, 76 (supplément 1), 37-38.

Milio, Nancy (1987) "Healthy Public Policy : Issues and Scenario" dans "Proceedings : Yale Symposium on Healthy Public Policy", Yale University, New Haven (CT).

OMS (1984), Promotion de la santé : étude du concept et des principes, Copenhague.

OMS (1985), Les buts de la santé pour tous, Copenhague.

OMS (1986), La Charte d'Ottawa pour la promotion de la Santé, Copenhague.

OMS (1988), La politique publique favorisant la santé : recommandations de la conférence d'Adélaide, Copenhague.

Powles, John (1987), "Victoria's Food and Nutrition Policy", Promotion de la santé, 2(3), 234-242.

Rootman, Irving (1988), "Knowledge Development : A Challenge for Health Promotion", Promotion de la santé, 27(2), 2-4.

Santé et Bien-être social Canada (1974) Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens (Rapport Lalonde), Santé et Bien-être social Canada, Ottawa.

Santé et Bien-être social Canada (1986) La santé pour tous, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa.

Shah, Chan, M. Kahan et John Krauser (1987), "The Health of Children of Low-Income Families", Association médicale canadienne/Journal, 137, 485-490.

Surgeon General des États-Unis (1979) "Healthy People", ministère de la Santé, de l'Éducation et du Bien-être social, Washington, D.C.